

Escabiose crostosa simulando psoríase em paciente com diabetes mellitus tipo 1 ☆☆☆



Prezado Editor,

A escabiose crostosa ou norueguesa é uma forma incomum, mas altamente contagiosa de escabiose causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* var. *homini*, que ocorre principalmente em populações imunocomprometidas ou com más condições sanitárias.¹ O diagnóstico ainda é um desafio, porque as lesões crostosas podem imitar muitos tipos de doenças de pele, como a psoríase. Este relato de caso é sobre um paciente diabético com escabiose crostosa simulando psoríase vulgar que havia sido diagnosticado erroneamente havia dois anos.

Paciente do sexo masculino, 62 anos de idade, que se queixava de placas escamosas na glândula e nas nádegas havia dois anos, foi encaminhado à nossa clínica. Dois anos antes, o paciente notara algumas pápulas vermelhas com prurido na glândula e nas nádegas; as lesões gradualmente se fundiram em placas com escamas brancas. Ele havia sido diagnosticado várias vezes como portador de psoríase vulgar, e o uso de um esteroide tópico, como triancinolona, foi prescrito por um longo tempo, sem melhora significativa. O paciente tinha histórico médico de diabetes *mellitus* tipo 1 há mais de 15 anos, mas a doença nunca foi bem controlada.

O exame físico revelou placas eritematosas recobertas por escamas brancas espessas na glândula e nas nádegas (fig. 1), e pequena quantidade de pápulas eritematosas espalhadas pelo tronco e genitália. O exame de sangue mostrou nível significativamente elevado de glicose em jejum, de 18,4 mmol/L. Os testes sorológicos para aglutinação de partículas de *Treponema pallidum* e HIV foram negativos. Uma biópsia das lesões da glândula revelou numerosos ácaros e ovos atravessando o estrato córneo (fig. 2). O diagnóstico de escabiose crostosa foi confirmado. Após tratamento com crotamiton creme a 10% uma vez por semana durante duas semanas, as lesões começaram a diminuir. Na avaliação após quatro semanas, as lesões cutâneas haviam desaparecido (fig. 3).

Estudos anteriores demonstraram que várias condições preexistentes podem predispor à escabiose crostosa, como AIDS, linfoma de células T, síndrome de Down e imunossupressão em receptores de transplantes.^{1,2} Em tais condições, o sistema imunológico do hospedeiro fica sobrecarregado e é incapaz de se defender contra os ácaros parasitas, permitindo sua proliferação desenfreada. Diabetes *mellitus* também foi uma das comorbidades comuns em pacientes com escabiose. Alguns estudos revelaram que idosos diabéticos exibiam riscos marginalmente maiores de esca-

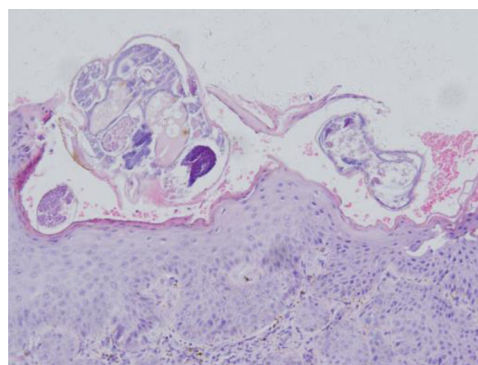


Figura 2 A biópsia de pele da glândula mostrou hiperqueratose, acantose da camada de Malpighii. O estrato córneo revelou múltiplas tocas subcórneas contendo larvas e ovos de *Sarcoptes scabiei*. A derme apresentava infiltrado de células inflamatórias, predominantemente eosinófilos e linfócitos (coloração Hematoxilina & eosina, 20×).

biose, especialmente em pacientes com diabetes *mellitus* tipo 1.³

A escabiose crostosa é caracterizada pela colonização maciça da epiderme por ácaros, ocasionando hiperplasia dos queratinócitos, erupções crostosas ou sobrepostas. A psoríase é um importante diagnóstico diferencial. Curiosamente, foi relatado que os pacientes com escabiose apresentam um risco maior de psoríase subsequente.⁴ É difícil interpretar essa associação, mas a imunopatologia comum envolvendo a via inflamatória mediada por células T-helper 17 pode contribuir para isso.⁴ Com base nesse fato, os médicos devem avaliar a presença de sintomas de psoríase em pacientes com escabiose.

O tratamento inadequado pode levar ao agravamento das lesões. O uso de corticosteroides tópicos pode diminuir as citocinas pró-inflamatórias e a atividade dos fagócitos, alterando assim o curso natural da escabiose, o que leva à redução das respostas imunológicas e também à sensação de prurido e, subsequentemente, promove o aparecimento da escabiose crostosa.⁵ Em nosso paciente, o diagnóstico incorreto durou dois anos, principalmente em decorrência dos efeitos imunossupressores do uso repetido de corticosteroides tópicos, além do diabetes *mellitus*.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Yuanyuan Wang: Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica da literatura.

Yeqiang Liu: Aprovação da versão final do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na pesquisa patológica do caso; revisão crítica do manuscrito.

Fu-Quan Long: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; revisão crítica da lite-

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.06.020>

☆ Como citar este artigo: Wang Y, Liu Y, Long FQ. Crusted scabies mimicking psoriasis in a patient with type 1 diabetes mellitus. *An Bras Dermatol*. 2021;96:385-6.

☆☆ Trabalho realizado no Shanghai Skin Disease Hospital, Tongji University School of Medicine, Xangai, China.



Figura 1 Placas eritematosas cobertas por escamas brancas e espessas na glande e nas nádegas.



Figura 3 Na avaliação após quatro semanas, as lesões cutâneas quase desapareceram.

ratura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito e responsável por todo o manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Thomas C, Coates SJ, Engelman D, Chosidow O, Chang AY. Ectoparasites: Scabies. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:533–48.
2. Yelamos O, Mir-Bonafe JF, Lopez-Ferrer A, Garcia-Muret MP, Alegre M, Puig L. Crusted (Norwegian) scabies: an under-recognized infestation characterized by an atypical presentation and delayed diagnosis. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016;30:483–5.
3. Tseng HW, Ger LP, Liang CK, Liou HH, Lam HC. High prevalence of cutaneous manifestations in the elderly with diabetes mellitus: an institution-based cross-sectional study in Taiwan. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1631–5.
4. Liu JM, Lin CY, Chang FW, Liu YP, Liang CP, Hsu RJ. Increased risk of psoriasis following scabies infection: A nationwide population-based matched-cohort study. *J Dermatol.* 2018;45:302–8.
5. Binic I, Jankovic A, Jovanovic D, Ljubenovic M. Crusted (Norwegian) scabies following systemic and topical corticosteroid therapy. *J Korean Med Sci.* 2010;25:188–91.

Yuanyuan Wang ^a, Yeqiang Liu ^b e Fu-Quan Long ^{a,*}
^a Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, Shanghai Skin Disease Hospital, Tongji University School of Medicine, Xangai, China
^b Departamento de Patologia, Shanghai Skin Disease Hospital, Tongji University School of Medicine, Xangai, China

* Autor para correspondência.

E-mail: md.longfuquan@163.com (F. Long).

Recebido em 28 de abril de 2020; aceito em 2 de junho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.021>

2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).